

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul FILIPPI

Né le 9 février 1912, à Ajaccio (Corse)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA LÈPRE AUTOCHTONE
BRETONNE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul FILIPPI

Né le 9 février 1912, à Ajaccio (Corse)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA LÈPRE AUTOCHTONE
BRETONNE

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAE.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE :

DE MA MÈRE

DE MON PÈRE

DE MA TANTE MADAME LILY FILIPPI

A MA GRAND-MÈRE

*Qui sera toujours pour moi un exemple
de sacrifice et d'abnégation.*

A MA TANTE MADAME MARIE GUERRINI

En témoignage de mon entière affection.

A MON ONCLE LE DOCTEUR PAUL FILIPPI

Ex-assistant d'O.-R.-L. des Hôpitaux de Paris

*En témoignage de ma vive reconnais-
sance.*

A MES TANTES, A MES ONCLES

A MA BELLE-SŒUR MADAME JOSEPH FILIPPI

A MES COUSINS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL
DE LA MARINE LAFFERRE

Professeur d'Histologie à l'Ecole de Médecine navale de Brest

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous apporter son aide précieuse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE, Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ, *in memoriam*.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JUSTIN-BESANÇON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACK, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMÉE, Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades.

M. RICHIER, Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux.

LA LÈPRE AUTOCHTONE BRETONNE

INTRODUCTION

Les cas de lèpre autochtone sont rares. Aussi nous avons été frappé, au cours de notre séjour à l'Hôpital maritime de Brest, par trois malades présentant des symptômes indiscutables de lèpre. Dès lors nous nous sommes proposés d'apporter quelques considérations à l'étude de la lèpre autochtone bretonne.

*
* * *

HISTORIQUE.

La lèpre a paru exister en Bretagne avant le x^e siècle, mais on ne possède aucun document certain à ce sujet.

Les mesures d'isolement ne semblent avoir été prises qu'à la fin du xii^e siècle (Lobineau).

La décision de cet isolement incombait aux barbiers et aux lépreux eux-mêmes désignés comme experts !

Une cérémonie religieuse précédant l'exécution de la sentence d'isolement instituait les défenses faites au lépreux reconnu comme tel. Les léproseries n'existaient pas en Bretagne, comme dans le reste de la France. Il existait seulement des villages de ségrégation, entretenus par les paroisses.

A la suite de ces mesures d'isolement la lèpre tend à disparaître vers le ^{xvi}^e siècle et au ^{xvii}^e siècle, la lèpre est rayée de la liste des maladies officiellement reconnues. L'identification du panaris paréso-analgésique avec la lèpre ne fut pas admise par Morvan, ni par Prouff (de Morlaix). Il y eut des discussions : les médecins parisiens vinrent également en Bretagne, ils trouvèrent dans les médecins de Marine des défenseurs de Zambacco Pacha et dans les médecins civils des partisans de Morvan.

C'est en 1883 que Morvan décrivit, pour la première fois dans la *Gazette hebdomadaire*, le premier cas de panaris analgésique ; il l'avait d'ailleurs observé trente ans avant la communication, donc en 1853. Galliot, de Reims, dans le même journal, publie la même année des faits analogues ; Broca, Verneuil rapportèrent d'autres observations de panaris anesthésiques, ou de panaris analgésiques ; mais Le-loir, dès 1884 et 1885, fut frappé de la similitude du panaris de Morvan avec la lèpre. Morvan publia successivement toujours dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, de nouveaux cas (1886). En 1887, il signale les arthropathies, les scolioses qui peuvent accompagner le panaris. Enfin, en 1889, il

fait une étude sur l'anesthésie que l'on peut constater dans la parésoanalgésie. Prouff, de Morlaix (1887), rapporte à son tour un nouveau cas de panaris de Morvan ; une thèse, par d'Oger de Speville est faite, à Paris en 1885, et Zambacco Pacha en 1891 et 1892 étiquette lèpre des cas de Morvan que les maîtres de la Salpêtrière considéraient comme de la syringomyélie et que les médecins de Saint-Louis affirmaient être de la lèpre ; puis en 1893, il y eut la descente en Bretagne de Zambacco.

En 1897, Jeanselme fit à son tour une enquête en Bretagne (région Nord-Ouest) et il y trouva de la lèpre, des panaris de Morvan, mais n'accepta pas les conclusions de Zambacco Pacha.

Le panaris analgésique était un syndrome qui pouvait être réalisé par la lèpre et par la syringomyélie.

En 1904, Plateau dans sa thèse inspirée par Follet, de Rennes, gendre de Morvan, apportait trois observations de panaris de Morvan : l'une observée en 1903 chez un cultivateur de 60 ans, de Lancelin, près de Lesneven ; l'autre chez un cultivateur de 35 ans, observée en 1903 (Ergué-Armel), malade indiqué par Chauvel, de Quimper ; la troisième chez une femme de 26 ans, observée en 1902 (Bain de Bretagne, Ille-et-Vilaine), observation prise dans le Service du Professeur Follet.

Actuellement, le panaris de Morvan est presque aussi rare que la lèpre en Bretagne. Une lèpre fruste peut passer inaperçue, mais il ne peut en être ainsi

du panaris analgésique ; les mutilations qu'il occasionne, l'anesthésie et la parésioanalgésie qui l'accompagnent constituent des symptômes aussi curieux pour le malade que pour le médecin.

De nos jours les cas de lèpre publiés sont assez rares. En 1892, Zambacco Pacha fit une enquête approfondie notamment dans l'arrondissement de Morlaix. Il considéra comme lépreux beaucoup de malades que le D^r Prouff, médecin morlaisien, qui l'accompagnait, reconnaissait être seulement des maladies de Morvan.

En 1906, enquête de H. Hallopeau et Roy sur un foyer des environs de Guingamp.

Malgré cela les foyers endémiques de lèpre authentique en Bretagne furent considérés comme rares et douteux. Cette opinion n'est peut-être pas la vraie, car beaucoup de cas, contrairement à ce que l'on pourrait croire, passent inaperçus ou ne sont pas diagnostiqués.

Dans un intervalle de temps inférieur à un an, nous avons observé trois cas personnellement.

OBSERVATIONS

Nous décrirons successivement 6 observations de lèpre autochtone bretonne. Les 3 premières ont été observées par le D^r Gouin. Les trois observations qui suivent ont été recueillies dans le Service du D^r Lafferre. Les deux premières ont été présentées à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, le 16 juin 1939 par le D^r Louis Ramond, médecin de l'Hôpital Laennec.

La troisième est inédite.

Observation I

(D^r Loussot et De Gouin.)

M^{me} R... T., de Landivisiau, âgée de 61 ans.

Cette femme voûtée est de petite taille, le teint est jaunâtre, la figure maigre et sans expression, le nez pointu, blanchâtre, avec atrésie ; sur la face dorsale des mains et aux deux narines, sur les joues et le menton existent des petits tubercules à peine infectés ; au cou décharné on remarque des taches pigmentaires. Les sourcils manquent et, sous la coiffe que l'on soulève, on trouve les cheveux

raréfiés et des taches brunes et télangiectasiques. La peau du cuir chevelu est sclérosée, non plissable. Les oreilles sont atrophiées, petites, plates, et ne présentent plus de forme, elles sont blanchâtres, et sans ulcération. A la bouche, il n'y a plus de dents, le palais est blanc nacré, dur ; la langue a gardé ses dimensions et sa forme.

Avant-bras et mains : Tous les doigts sont recourbés, le pouce ne touche et ne peut toucher aucun d'eux.

Sur la face dorsale des mains et aux poignets existent des tubercules ulcérés à peine infectés, de couleur rouge sombre. Les doigts sont recouverts de lésions analogues, ils sont atrophiés, la peau y est blanchâtre, nacrée, pigmentée par endroits, non plissable, ligneuse. Les ongles sont vermoulus, craquelés, jaunâtres. Les doigts sont très douloureux, la douleur y est spontanée et le moindre mouvement ou toucher l'exaspère. Les douleurs sont localisées aux doigts du territoire cubital des deux côtés, le pouce et l'index sont indolores. Les deux mains sont semblablement prises et tout essai d'extension est impossible et très douloureux. La malade souffre jour et nuit. Les pieds, que nous n'avons pu voir, sont également pris et présentent des ulcérations semblables, dit la malade ; la douleur est la même, mais les doigts restent en extension.

Face palmaire : L'atrophie est complète, les éminences ont disparu ; on trouve des taches télangiectasiques ; il n'y a plus de face palmaire visible tellement l'excavation est profonde. Deux des doigts sont véritablement mutilés à leur extrémité.

Les avant-bras (ce qu'il a été possible d'en voir) sont atrophiés, il existe des taches pigmentées, des cicatrices et des lésions tuberculo-ulcéreuses en évolution.

Observation II

(D^r Loussot et D^r Gouin.)

Ca... P., 52 ans, née à Plounéventer. Son père, mort de congestion pulmonaire à 42 ans, était né à Plounéventer ; il était cultivateur et n'avait été ni marin ni soldat. La mère est morte à Brest à l'asile des vieillards à 75 ans ; elle était née à Saint-Derrien. Les parents du côté du mari sont nés : le père à Plounéventer, la mère à Saint-Derrien. Il est impossible d'obtenir des renseignements sur les grands-parents, ils sont nés dans les mêmes communes (Plounéventer et Saint-Derrien).

C... P. a eu un frère qui est mort jeune, trois à quatre mois. Sa mère n'a pas eu de fausse couche, elle a abandonné sa fille très tôt. C... P. n'a jamais eu de maladies, elle a été réglée à 15 ans et a cessé de l'être à 45 ans. Elle n'a pas eu de grossesse. Elle s'est placée très jeune, est restée cuisinière dans une famille bourgeoise qu'elle a quitté en 1927. Elle a toujours habité L...

Examen de la malade (mars, avril, mai 1933) : la malade a été vue trois fois à trois semaines d'intervalle ; du mucus nasal a été prélevé dans lequel on a trouvé du bacille de Hansen.

La malade est une personne maigre, de taille moyenne. Le début de son affection a commencé en 1931.

Examen des mains : L'index gauche fut le premier atteint, la malade raconte qu'elle avait la sensation de froid, la douleur était atroce, et rapidement les autres doigts furent pris ; si le début de l'affection a commencé par l'index gauche, c'est cependant lui qui est le moins mutilé ; c'est au cours

de la première atteinte que le médus droit est devenu cyanosé, gangréneux et a dû être amputé complètement à l'articulation phalango-métacarpienne. La main droite a été prise en même temps que la gauche. Les douleurs ont duré plusieurs mois, la malade n'a pu préciser.

Les doigts étaient cyanosés, puis devenaient blancs, ligneux ; les ulcérations aux extrémités et autour des ongles sont apparues rapidement, puis les ongles ont disparu ; toute flexion est impossible. A la main droite la griffe s'est faite après l'amputation du médus ; à la main gauche, il n'y a pas de griffe. Le pouce de l'une et l'autre ne peut se mettre en opposition avec les autres doigts qu'avec une extrême difficulté.

Main gauche. — FACE DORSALE : Les doigts sans être en griffe sont légèrement en flexion ; le petit doigt seul est complet, mais est diminué de volume comme les autres. Les ongles des autres sont tous atteints et donnent la longueur de la phalangette. Les doigts sont tous de couleur blanchâtre, une tache plus nacrée entourée de fines télangiectasies et de pigmentations recouvre les articulations phalango-phalangiennes ; sur toute la face dorsale existent des zones nacrées et télangiectasiques. L'annulaire est le plus atrophié, le plus ligneux, la malade ne peut y garder sa bague (qu'elle a mise pour venir nous voir), son doigt, dit-elle, est trop petit et surtout trop court.

Les mouvements de flexion des doigts sont impossibles ; la peau n'est pas plissable.

Recherche de l'anesthésie : La sensibilité est conservée au chaud, au froid, mais très altérée à la piqûre. Celle-ci n'est ressentie qu'avec un retard assez marqué qui se traduit par les cris de la malade. L'anesthésie est donc retardée, et il n'y a pas de zones anesthésiques plus marquées sur les doigts

que sur la face dorsale de la main où existent également des taches blanches et des télangiectasiques.

FACE PALMAIRE : Les bouts des doigts se montrent mutilés par des petites ulcérations à l'extrémité, ulcérations d'aspect nécrotique et qui, nous dit la malade, ne suppurent pas. Les plis palmaires des doigts ont disparu, la peau est moins nacrée, l'atrophie est complète au niveau des éminences thénar et hypothénar surtout. A côté des taches blanches existent des petits puits nécrotiques et des taches pigmentaires ; l'anesthésie n'existe pas, la malade sent violemment la piqûre et prend également nettement sensation du chaud et du froid.

Main droite : Le médius manque, la main est en griffe depuis l'amputation du médius. Ici les faces dorsales des articulations présentent les mêmes caractères, mais plus accentués et, au niveau des articulations phalango-phalangiennes, existent des ulcérations analogues à celles de l'extrémité des doigts, exemptes de suppuration. Le petit doigt est à cette main le plus mutilé. Sur la face latérale de l'index droit, le premier atteint, une zone blanche nacrée envahit son bord externe ; on trouve sur l'index et le petit doigt des taches télangiectasiques.

FACE PALMAIRE : La griffe est marquée, les ongles existent à l'annulaire mais incomplètement ; atrophiés au pouce, ils manquent à l'index. La face palmaire, plus qu'à gauche, est criblée de petits puits ulcérés, ne suppurant pas, de télangiectasies ou de zones pigmentaires circonscrivant les taches blanches. La piqûre y est douloureuse et accusée immédiatement. Le froid et le chaud sont nettement distingués. Par temps froid, les deux mains deviennent douloureuses.

La malade porte ses mains en haut, les bras collés contre

le tronc. Les mouvements sont diminués dans l'articulation des coudes et très limités dans celle des poignets. L'anesthésie est diminuée dans le territoire cubital et à partir de la gouttière bicipitale, pour remonter vers l'avant-bras : sur chacun des avant-bras, une véritable bande existe, d'aspect verruqueux, et rugueuse au toucher, faisant deux centimètres de largeur sur huit à dix de longueur. On ne peut palper le nerf cubital dans sa gouttière.

Figure : Il n'y a plus ni cils ni sourcils, l'œil gauche suinte. La malade l'essuie constamment ; il en est ainsi du nez d'où un mucus incolore suinte abondamment ; c'est ce liquide clair qui a été recueilli à deux reprises sur des lames où le bacille de Hansen a été décelé. La malade n'avait pas été préparée par l'IK. Le nez est petit, atrophié dans son extrémité, blanchâtre avec une petite ulcération non suintante au lobe droit. Les joues, les lèvres ne présentent rien d'anormal. La bouche est petite, et si elle ne présente plus de dents, la malade tient à nous montrer son dentier, car, dit-elle, son appétit est bon, elle a été habituée à faire de bonne cuisine. Le palais est également blanc nacré et ce qui frappe, c'est la « petite dimension de la langue ».

Oreille gauche : L'oreille est grosse, cireuse, jaune vieil ivoire ; les bourrelets semblent hypertrophiés, légèrement pigmentés par endroits ; cependant, au toucher on se rend compte que les cartilages sont très mous et que la peau y est souple, molle, hypertrophiée et que le cartilage est réduit de grosseur. La teinte jaune ivoire s'étend autour de l'oreille et gagne le cuir chevelu par la région rétro-auriculaire. L'oreille est sensible à la piqure, au chaud et au froid.

Oreille droite : Elle est atrophiée, petite ; les bourrelets auriculaires ont presque disparu. Elle est de couleur presque normale, légèrement blanche ; on ne trouve pas de taches

rétro-auriculaires remontant au cuir chevelu, la peau y est plissable.

Cuir chevelu : La malade a consenti à enlever sa coiffe. Les cheveux y sont rares, ceux qui existent encore sont longs et non cassants, mais le cuir chevelu apparaît damassé par des plaques blanches aréolées par des halos pigmentaires sépia, bistrés ; des taches télengiectasiques de dimension variable, rouge foncé, émaillent la calotte crânienne ; la peau comme sur les doigts n'est pas plissable, surtout dans la région frontale et pariétale gauche. Les cheveux ont commencé à tomber il y a huit ans. La sensibilité, la sensation du chaud et du froid y est conservée. Les réflexes sont conservés, mais les pieds sont très sensibles au froid comme les mains ; toutefois, il n'y a aucune mutilation.

Observation III

(D^r Gouin et D^r Fournier.)

Cette observation a été communiquée à la Société de Médecine et de Chirurgie de Brest par le D^r Gouin. Nous mentionnerons à ce propos l'heureux résultat du traitement.

Ru... Jean-Louis, 35 ans. Travaille actuellement à Brest comme manoeuvre ; autrefois fermier à P. Envoyé par le D^r Andrieux de Carhaix.

Lèpre autochtone mixte (cutanée et trophonévritique) à prédominance droite. Se présente le 30 mars 1938 à la consultation de l'hôpital (service dermatologie).

A. H. — Père et mère vivants, n'ont jamais quitté le pays, ont eu 7 enfants dont le malade et 4 frères et une sœur bien portants ; une sœur morte à 5 ans (suites de

brûlures), pas d'enfants morts en bas âge, pas de fausse couche.

A. P. — A 15 ans, il fait une grippe (4 jours) ; a fait son service militaire ; à sa libération a fait une pneumonie. Cultivateur, s'est marié à 21 ans, est venu à Brest, travailler comme manœuvre vers mars 1938.

Le malade ne peut préciser la date à laquelle remonte son affection (2 ans 1/2 environ).

Marié, femme bien portante, 3 enfants bien portants, ils n'ont jamais quitté le pays, lui non plus.

Examen : Le malade est robuste, bien musclé, haut en couleurs, de taille moyenne, a les cheveux noirs...

Le malade présente des lésions cutanées généralisées, des ulcérations aux mains, aux pieds et aux deux oreilles. L'oreille droite est déchiquetée, le nez ne présente rien, le pouce droit est globuleux, sur la joue droite, tumeur ovoïde et violinée, non suppurée et non mobile, dure. Sur le corps, quelques petites nodosités ; tumeurs violinées : épaule, cuisse, avant-bras droit.

Enfin un semis de papules siège à la face dorsale et thoracique antérieure s'arrêtant aux lombes.

Le malade transpire, la peau est séborrhéique.

Les troubles des extrémités des membres auraient commencé il y a deux ans.

L'état général du malade est bon. C'est un buveur (pituite matinale, crampes dans les mollets).

Il a des rêves, des pertes séminales, du tremblement, il ne digère pas les graisses.

Pas de désordre dentaire, mais il ne présente pas d'appendice xiphoïde.

L'auscultation ne révèle rien au point de vue pulmonaire, le foie et la rate ne sont pas augmentés.

Lésions proprement dites :

A. — *Extrémités* : C'est donc depuis deux ans que les oreilles et les extrémités des membres supérieurs et inférieurs sont envahies.

1^o La main droite seule présente des ulcérations ; le pouce est augmenté de volume, il est fusiforme, effilé à son extrémité, il donne l'aspect d'un *spina ventosa*, mais la peau n'est pas rouge, elle est violacée et la flexion est impossible ; il est le siège de douleurs spontanées et au toucher il n'est pas chaud, ne présente aucune ulcération, l'ongle est indemne.

Le médius présente à la face dorsale une ulcération fissuraire profonde de 3 à 4 mm. de largeur, l'ongle est spongieux, noirci, et criblé d'ulcérations, les troubles sont localisés à la phalangette.

Le petit doigt présente une ulcération fissuraire analogue, mais de dimension moindre.

2^o Main gauche paraît saine.

3^o Orteils. Des lésions plus accentuées qu'aux mains siègent au niveau du 2^e orteil droit et gauche et forment à gauche une véritable ulcération de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 envahissant la matrice et l'ongle, sur la face dorsale de la phalange et de la phalangette.

La marche est difficile et douloureuse ; à noter que : les mains et les pieds réalisent en outre le début du syndrome de Raynaud ; douleurs spontanées avec crise blanche s'étendant à tous les doigts des mains et des pieds.

4^o Lésions des oreilles : l'oreille gauche est atrophiée, violette, les bourrelets sont presque disparus, elle ne présente pas d'ulcération : elle est le siège de vague de chaleur et de froid et de phénomènes douloureux intermittents, l'oreille droite est complètement déchiquetée et

présente des ulcérations s'étendant à toute l'oreille : bourrelet, face antérieure et postérieure.

B. — *Autres lésions cutanées* : La plus grave siège au niveau de la région malaire droite : c'est une tumeur rouge violinée, légèrement ulcérée, ne laissant sourdre aucun liquide, elle est dure, ligneuse et difficilement mobilisable, de la dimension d'une noix ?

Sur le deltoïde droit existe une tumeur plus petite, ovulaire, non ulcérée, rouge vineux, indurée, d'aspect chéloïdien, de même sur l'avant-bras droit on trouve une lésion du même aspect mais plus petite.

Mais sur l'avant-bras et le bras sont apparues, dit le malade, de petites lésions papulo-croûteuses disposées avec symétrie et qui ont laissé une pigmentation.

Rhinite chronique : écoulement nasal continu.

Nerf cubital à droite et à gauche, surtout à droite : au niveau du coude et dans sa région distale, le cubital se révèle avec 3 nodosités, dont l'une antérieure est plus grosse (presque comme une noisette).

Il n'y a pas d'algie, pas de prurit.

Anesthésie :

1^o CHAUD ET FROID. — Sur tout le trajet de l'avant-bras droit, le malade accuse un retard à la perception, au chaud et au froid plus accentué encore à la face plantaire gauche, et de plus existant au niveau des deux mains.

2^o A LA PIQUE. — Aux extrémités palmaires et plantaires existent des zones d'anesthésie irrégulièrement disposées dans lesquelles on peut planter une aiguille, sans provoquer de douleur.

Ailleurs perception au toucher parfaite.

Atrophie musculaire : L'atrophie des régions thénar gauche et droite est complète.

Recherches du bacille de Hansen.

Le 6 avril, un frottis du mucus nasal révèle quelques rares bacilles acido et alcool-résistants ressemblant au bacille de Hansen.

Le malade est mis à l'iodure de potassium (Le Redde Pautrier) (10 gr. en 3 jours) : la sécrétion nasale est augmentée et l'on trouve à l'examen microscopique : des *globbies bourrées de bacilles de Hansen* le 12 avril 1938.

7 avril 1938, le B.-W. est (— — — —), index 3 ; Vernes péréthynol : 0 (sérum empêchant).

En conclusion : le 12 avril 1938, diagnostic positif certain.

— Lèpre mixte trophoneurotique à prédominance du côté droit : atteinte des extrémités des membres. Hypertrophie du nerf cubital, lésions cutanées et lésions osseuses, bacille de Hansen positif, pas de paralysie faciale, rien aux sourcils, rien au nez.

Le 7 avril 1938, leucocyto-réaction au néo.

Avant 7.196 ; 2 heures après l'injection 10.794 ; leucocyto-réaction + 3.598, positive.

Du 7 avril 1938 au 9 mai, reçoit 4 gr. 90 de néo.

Le 15 avril, l'ulcération du petit doigt de la main droite est en voie de cicatrisation.

Le 18 avril 1938, l'ulcération du petit doigt se cicatrise et au médius l'ulcération tend à se fermer.

Les troubles trophiques cutanés sont améliorés : le nez ne coule plus ; l'état général du malade est meilleur.

A la 6^e piqûre de néo, cicatrisation des lésions cutanées.

Le 3 mai, semis lichénien sur le dos et le ventre.

3 mai, recherche du bacille de Hansen positive.

Le 3 juin 1938, après un mois de repos, leucocyto-réaction crisalbine, 0,05.

Avant 5.140 ; 2 heures après l'injection 4.636 ; leucocyto-réaction indifférente : — 514.

Remis au néo le 8 juin, reçoit jusqu'au 15 juillet 1938 5 gr. 25 de néo.

Le 15 juin, apparition d'une ulcération à la partie haute et antérieure de l'oreille droite. Elle commence à se cicatriser le 27 juin (4^e néo).

Le 11 juillet, cicatrisation presque complète.

Le 18 juillet 1938, cicatrisation terminée.

Le 27 août, après un mois de repos : leucocyto-réaction crysalbine 0,05.

Avant 4.113 ; 2 heures après l'injection 7.193 : leucocyto-réaction positive + 3.084. Mis au traitement mixte (néo + crisalbine).

Du 2 au 28 septembre 1938, reçoit 914 et crisalbine en même temps ($6 \times 0,30$) = 1 gr. 80 de néo et 0 gr. 30 ($6 \times 0,05$) de crisalbine.

Le 23 septembre, recherche du bacille de Koch dans les selles négative (Méth. Vernot et Moreau).

Le 26 septembre, retourne à P.

Revu le 19 octobre, le nez ne coule plus, le pouce diminue de grosseur.

Le 4 novembre, remis au traitement mixte, reçoit jusqu'au 25 novembre :

$5 \times 0,05$ de crisalbine et $5 \times 0,30$ de néo.

Après la 2^e piqûre le nez a coulé.

Le 18 janvier 1939, la main droite reste toujours plus grosse que la main gauche. Le nez coule de temps en temps. Bon état général, tout reste cicatrisé. B.-W. (— — — —), index 1/2 ; Vernes péréthynol = 0.

Le 23 janvier 1939, bacille de Hansen positif dans sécrétion nasale.

Biopsie : papules, résultat négatif.

Le 23 janvier 1939, reçoit crisalbine 0,05 et néo 0,30.

Jusqu'au 1^{er} mars 1939, reçoit 5 autres néo à 0,30 et 5 crisalbine à 0,05.

1^{er} mars, *recherche du bacille de Hansen négative dans les sécrétions nasales* pour la première fois.

8 mars, bon état général. En repos pour un mois.

Le lundi 27 mars 1939, nous examinons à nouveau le malade.

Le malade ignore sa maladie. Mais comme il nous connaît mieux, il nous apprend qu'en 1932 il avait eu des glandes derrière les oreilles.

Que pendant l'hiver 1936 il a eu des engelures aux oreilles et est allé consulter le Dr Legueu.

Il ajoute avoir eu, vers cette date, des fourmillements, notamment dans les deux membres inférieurs, des « rhumatismes » dans les lombes ; et, fait curieux, il avait quelquefois l'impression de « gouttes d'eau chaude » qui lui tombaient sur la peau.

Ce symptôme était devenu presque quotidien vers la fin de 1937 et le début de 1938 (il vint consulter le 30 mars 1938 à Brest). Il avait également, nous dit-il : « des sensations comme une main qui se posait sur le dos ou sur les épaules ; plusieurs fois je me retournai et il n'y avait personne ».

Examen physique :

Réflexes rotuliens un peu vifs : tricipital normal (à droite et à gauche), pas de Babinski.

L'anesthésie aux régions atteintes n'existe pour ainsi dire plus.

Léger retard cependant dans la perception du chaud et du froid.

Sensibilité profonde conservée. La pression des masses musculaires est assez douloureuse.

Le nerf cubital des deux côtés (1/3 inférieur du bras) présente quelques nodules comme de petits pois (ils étaient, en 1938 quand il vint nous consulter, comme des noisettes).

Aux nerfs du membre inférieur : rien.

En arrière des oreilles, on ne sent pas de nodosités sur la branche auriculaire du plexus cervical superficiel.

Le 27 mars, en repos depuis 3 semaines.

Recherche du bacille de Hansen dans les sécrétions nasales : positive.

Radiographies osseuses :

9 avril 1938. — Pied droit : raréfaction de la phalange basale du 2^e orteil droit, avec décalcification irrégulière ; géodes au niveau de la phalange base (épiphyse distale).

Pied gauche : processus raréfiant irrégulier ; modéré au 1^{er} orteil, et plus net à l'extrémité unguéale et à l'épiphyse distale de la phalange du 2^e orteil.

20 septembre. — Pied droit : mêmes images au niveau du 2^e orteil, images analogues nouvelles au niveau du 3^e orteil.

Pied gauche : le processus raréfiant irrégulier s'est accentué au niveau du gros orteil.

(Extrémité unguéale et surtout phalange).

9 avril 1938. — Main droite. Pouce : décalcification irrégulière, mouchetée, importante au niveau des épiphyses de l'articulation phalangino-phalangettienne avec fort épaissement des parties molles sus-jacentes.

Médius : A la phalangette et à l'auriculaire, au niveau de la phalangine, on voit un processus raréfiant, irrégulier, en géode vers le milieu de l'os ; avec au contraire exubé-

rance ostéo-périostique à la base de la phalangette et de la phalangine.

La phalange basale de l'auriculaire montre un amenuisement de la texture osseuse, tandis que les parties molles sus-jacentes sont fortement épaissies.

3 mai. — Images sans différence notable.

20 septembre. — Image sans différence notable.

21 novembre. — L'image du pouce est comparable.

Radiographie pulmonaire :

Le 17 mai 1938. — Pommelures, marbrures et mies de pain dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires ; plus discrètes à gauche surtout dans la moitié inférieure.

Images d'infiltration totale des deux poumons.

16 juillet. — Mêmes images un peu plus nettement délimitées et moins diffuses.

19 septembre. — L'extension des images pommelées et marbrées est encore un peu diminuée, tandis que se précisent des images scléreuses hilaires et para-hilaires.

21 novembre. — Images très comparables à celles du 19 septembre.

Les images parenchymateuses sont peut-être encore un peu moins marquées surtout dans le 1/3 supérieur (des deux côtés).

A la lecture de cette observation, on constate :

1^o L'influence heureuse quoique incomplète du traitement antisypilitique seul, puisqu'il y a eu récurrence immédiate mais très partielle à l'oreille.

(Le Dr Gouin nous dit avoir traité, il y a plusieurs années, sans succès des lèpres par le novarséno-benzol mais sans étalonnage par la leucocyto-réaction).

2° Influence de la chrysothérapie.

A cause de la parenté morphologique : 1° du B. de Hansen et du B. de Koch ; 2° de la similitude des lésions cutanées avec la tuberculose, le Dr Gouin a pensé que le traitement par la chrysothérapie pourrait peut-être améliorer les lésions lépreuses.

Aussi l'on a constaté l'action favorable du sel aurique (qui a donné comme l'antisyphilitique hyperleucocytose à la 2^e heure).

3° Enfin le traitement mixte antisyphilitique et sel d'or a cicatrisé de façon plus durable les ulcérations.

Nous avons revu le malade le 27 mars 1939 ; la cicatrisation des lésions cutanées se maintient. Le malade est actuellement au traitement d'entretien qui se fait sur le rythme suivant :

5 piqûres de néo à 0,30 et 5 piqûres d'or à 0,05 : à raison d'une piqûre double par semaine, faite le même jour. Séries répétées après un mois de repos.

Observation IV

G... (C.), inscrit maritime, 42 ans. Entre à l'Hôpital Maritime de Brest, le 12 décembre 1938, pour qu'il soit statué sur son aptitude à la navigation. Ce sujet a d'ailleurs abandonné le métier de pêcheur pour celui de facteur rural. Il est originaire de Plougastel-Daoulas qu'il n'a jamais quitté.

Histoire de la maladie : il y a deux ans, le malade a présenté, au niveau de la face externe des joues, des ulcérations qui furent longues à cicatriser et qu'il attribuait à des lé-

sions accidentelles causées par le rasoir d'un coiffeur. Quelque temps après, un an environ, ce sont des phénomènes de gangrène, notamment du gros orteil gauche, qui doit être amputé au début de l'année 1938. En outre, des maux perforants plantaires font leur apparition.

Malgré ces lésions, le sujet, qui, de pêcheur est devenu facteur rural, parcourt une vingtaine de kilomètres par jour sans gêne ni souffrance. Il est à noter que l'interrogatoire de ce malade est difficile, son psychisme est ralenti, sa mémoire médiocre.

Les antécédents : Héréditaires et collatéraux sont sans intérêt. Dans les antécédents personnels, on note, en 1918, une grippe avec endocardite : les séquelles de cette affection ont motivé une pension d'invalidité de 15 %. En 1931, ulcère variqueux (?) de la jambe droite qui a guéri et au niveau duquel est apparue, il y a un an environ, l'ulcération actuellement visible.

Examen le 29 novembre 1938 : Etat général médiocre, 48 kgr. pour 1 m. 65. Facies figé donnant au malade l'aspect antonin. Sur les joues, on constate des plaques achromiques scléreuses, indolores à la piqure.

Examen des téguments : Pied gauche : Amputation du gros orteil (cicatrice opératoire de bonne qualité). Le 2^e orteil présente à son extrémité un orifice recouvert d'une croûte, laissant filtrer un liquide fétide. La base de cet orteil est entourée d'une collerette verruqueuse, reposant sur un tégument cedématié, mal nourri. Les autres orteils sont cliniquement sains.

Pied droit : Le gros orteil est élargi. Les téguments sont cedématiés. Il présente à la face plantaire une ulcération ovalaire à bords taillés à pic, à fond noirâtre et sanieux, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le 2^e orteil présente

sensiblement le même aspect et à sa face plantaire siège une ulcération plus petite, mais de même nature que celle ci-dessus décrite.

Jambe droite : A la face antéro-interne de la jambe droite se trouve une ulcération à bords réguliers, non décollés, de la surface d'une pièce de 20 francs, à fond tomenteux dans son quart supérieur, recouvert par ailleurs d'une sanie verdâtre. Les téguments limitrophes sont mal nourris, de coloration brunâtre.

Les membres supérieurs présentent une musculature atrophique, comme les membres inférieurs d'ailleurs.

Les extrémités sont froides, cyanotiques, la peau est ichtyosique. On remarque sur les avant-bras des taches achromiques insensibles à la piqure ; mais nulle part on ne constate d'ulcérations.

Les téguments thoraco-abdominaux sont desséchés, squameux.

Examen du système nerveux : Diminution marquée de la force musculaire. La sensibilité au tact et à la piqure est très diminuée et même abolie au niveau des taches achromiques. Dissociation du type syringomyélique de la sensibilité thermique. Pas de douleur à la pression des masses musculaires.

Il existe un tremblement très marqué d'origine éthylique incontestable.

Les réflexes patellaires et achilléens sont abolis. Les radiaux sont au contraire augmentés.

Les réflexes lumineux sont conservés ; à noter une anisocorie discrète.

Les autres appareils sont normaux.

L'examen de la colonne vertébrale ne montre aucune altération pathologique.

Examen de laboratoire :

SANG : urée : 0,09 ; cholestérol : 1,35 ; Vernes péréthynol : 0.

URINES : normales.

Bacilloscopies négatives dans les crachats.

Liquide céphalo-rachidien cytologiquement, chimiquement et biologiquement normal.

Pas de bacille de Hansen dans le mucus nasal.

Examens radiologiques du cœur et des poumons sensiblement normaux.

Radiographie des pieds (D^r Savès). — Pied droit : Nécrose de la partie interne de l'épiphyse distale de la phalange unguéale du gros orteil. Quelques formations ostéophytiques du bord interne de cette phalange. Epaissement de la 2^e phalange du 2^e orteil.

Pied gauche : Epaissement de la 2^e phalange du 2^e orteil. Désarticulation du 1^{er} orteil.

Biopsies : Des biopsies ont été pratiquées au niveau des orteils atteints et de la plaie ulcéreuse de la jambe droite. Elles ont été faites largement, sans anesthésie et d'ailleurs sans aucune douleur.

L'examen anatomo-pathologique (D^r Breuil) n'a montré que des lésions inflammatoires banales. La recherche du bacille de Hansen dans les coupes a été infructueuse.

Ce malade, après expertise, a été perdu de vue. Nous avons appris son décès en avril 1939.

Observation V

R... (F.), 29 ans, ouvrier auxiliaire. Entre à l'Hôpital Maritime de Brest le 3 mars 1939 pour qu'il soit statué sur son aptitude au Service des Arsenaux.

Ce malade présentait des troubles trophiques des membres inférieurs et des séquelles importantes de luxation du coude survenue en 1931.

Histoire de la maladie : Le début des troubles trophiques des extrémités des membres inférieurs remonte à juillet 1936. A la suite d'un traumatisme (?) du pied gauche, ce sujet présente une ulcération plantaire, torpide, indolore. En septembre 1936, apparaît au niveau de l'autre pied, une ulcération semblable. En mars 1937, le malade est hospitalisé pour mal perforant plantaire bilatéral. On constate alors une anesthésie de la moitié interne du pied gauche. On note radiologiquement une subluxation de toutes les articulations métacarpophalangiennes à gauche et à droite. Ce sujet fait deux ou trois séjours dans les services chirurgicaux, et, en décembre 1937, notamment, on « extirpe » facilement et sans douleur la 2^e phalange du 5^e orteil droit. Ce sujet entre dans le service de l'un de nous en mars 1939.

Antécédents : Dans l'enfance, brûlures étendues du thorax et du membre inférieur gauche. En 1928, fracture de la clavicule gauche, par chute de bicyclette. En 1938, luxation du coude gauche traitée et non réduite par un rebouteux.

Les antécédents héréditaires sont excellents. Le malade a quatre frères et deux sœurs. L'un des frères est réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire.

Examen le 3 mars 1939 : Facies peu expressif. L'hémiface gauche est plus affaissée que la droite. Le lobule de l'oreille gauche est volumineux, rouge, pachydermique. Quelques taches achromiques sur la peau du cou.

Sur les téguments dorsaux, on note de petits téguments brun rougeâtre de la dimension d'une lentille répartis symé-

triement. Certains de ces éléments existent aussi à la racine des membres supérieurs.

Verrues planes sur la face dorsale de la main gauche. Acrocyanose des mains.

Examen des membres inférieurs : Ceux-ci sont le siège d'un œdème atteignant les pieds et les jambes, donnant un aspect éléphantiasique. Volumineuse adénopathie inguinale gauche. Les orteils sont le siège de lésions importantes. Voici d'ailleurs le compte rendu radiologique (Dr Dantec) :

Pied gauche : Subluxation des articulations métatarso-phalangiennes. Hypertrophie du 1^{er} métacarpien. Fracture de sa partie distale (réaction ostéitique à ce niveau : placards de condensation entourés de zone de raréfaction). Décalkification partielle, irrégulièrement répartie au niveau des segments osseux de l'extrémité antérieure du pied. Déformation des contours articulaires.

Pied droit : Fracture probable de la base du tubercule du scaphoïde. Hypertrophie du 1^{er} métacarpien moins marquée qu'à gauche. Fracture de la 1^{re} phalange du 5^e orteil. Atrophie complète de la tête du 3^e métatarsien. Décalkification moins marquée, de même caractère qu'à gauche, au niveau des autres segments osseux du pied.

L'examen clinique de la face plantaire montre des maux perforants bilatéraux mettant à nu, surtout du côté gauche, le squelette osseux.

L'examen oscillométrique des membres inférieurs est normal.

L'examen des membres supérieurs montre, à gauche, un cal volumineux de fracture ancienne de la clavicule à la partie moyenne, une déformation considérable du coude causée par une luxation ancienne mal réduite.

On constate radiologiquement une fonte presque com-

plète de l'extrémité inférieure de l'humérus. La main est froide, acrocyanotique. La palpation du nerf cubital montre que celui-ci est moniliforme à droite et à gauche.

L'examen du système nerveux ne montre pas de troubles de la motricité. La sensibilité au tact et à la piqure est fortement émoussée, abolie au niveau des taches achromiques. Dissociation du type syringomyélique de la sensibilité thermique.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont difficiles à rechercher par suite de l'œdème. Les réflexes tendineux sont augmentés au niveau des membres supérieurs. Les réflexes lumineux subsistent, normaux.

L'examen électrique des membres inférieurs montre une diminution importante de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles, mais, pas de réaction de dégénérescence.

L'examen des autres appareils, notamment de l'appareil pulmonaire, est sensiblement normal.

Examens de laboratoire :

Vernes péréthynol	0
Vernes résorcine	58
Urines normales.	

Bacilloscopies négatives dans les crachats.

Recherche du bacille de Hansen négative dans le mucus nasal.

Examen anatomo-pathologique (Dr Breuil) : De nombreuses biopsies ont été pratiquées au niveau de la peau de la face dorsale du thorax et au niveau de la plante des pieds. Elles ont donné des résultats intéressants. Voici le compte rendu de l'examen histo-pathologique :

Biopsie de la peau dorsale : L'épiderme ne semble pas

modifié. La basale est normalement ondulée. Dans le derme on rencontre quelques nodules cellulaires petits, formés de cellules épithélioïdes à noyaux clairs. Autour du bulbe pileux, cellules géantes assez nombreuses, dont les noyaux sont semblables à ceux des cellules épithélioïdes. Par endroits, infiltration diffuse de cellules épithélioïdes et de lymphocytes. Pas de lépromes nettement constitués, mais forte présomption.

Biopsie plantaire : Epiderme hyperplasié. Le derme est infiltré de polynucléaires. On rencontre quelques amas de cellules épithélioïdes, sans que l'on puisse parler de formations nodulaires. Infiltration par endroits d'éléments épithélioïdes et lymphocytoïdes. Mêmes conclusions que dans les biopsies cutanées.

Pas de bacilles de Hansen sur les coupes.

Ce malade a été confié pour traitement au Dr Gouin après étude de sa sensibilité aux médicaments par la leuco-cyto-réaction.

Observation VI

P... (Hervé), 49 ans, ouvrier à la Pyrotechnie de Saint-Nicolas.

Histoire de la maladie : Entre à l'Hôpital Maritime de Brest pour maux perforants plantaires, laryngite, mauvais état général et pour qu'il soit statué sur son aptitude au service des arsenaux.

Depuis quatre ans, le malade a présenté au niveau de la plante des pieds des ulcérations indolores, torpides, qui motivèrent son hospitalisation dans un service de dermatologie. On ne lui trouve ni syphilis, ni diabète. En 1938, il est hospitalisé à nouveau mais dans un service de neurologie,

où, en raison de son indolence et de sa passivité alliées à des troubles paraplégiques (?) des membres inférieurs, il est considéré comme un scléreux multiloculaire. Les maux perforants ont augmenté de surface, mais une radio du squelette osseux des pieds montre son intégrité (novembre 1938). Le malade entre dans le service le 24 août 1939.

Antécédents. — Personnels : bons, rien à signaler en dehors d'une hernie étranglée en 1937.

Collatéraux : père de six enfants en bonne santé.

Examen : le 25 août 1939.

Etat général médiocre.

Psychisme ralenti rendant l'interrogatoire difficile.

Examen des pieds : Les deux pieds sont le siège de maux perforants à localisation antérieure. A gauche, le gros orteil paraît élargi. A droite, l'orteil 2 paraît amputé distalement de sa phalange terminale.

Examen cutané : Au niveau de la peau de l'hypocondre droit, on constate des taches achromiques, indolores à la piqure, caractéristiques.

Système nerveux : Motilité active et passive normal, néanmoins la force musculaire est très diminuée. Absence de tous mouvements anormaux. Pas de tremblements.

Il existe une hypertonie diffuse et généralisée, mais ne s'accompagnant ni du phénomène de la roue dentée, ni de réflexes posturaux.

La sensibilité aux divers modes d'exploration est normale, sauf au niveau des taches achromiques.

Les réflexes tendineux sont vifs et polycinétiques dénotant une hyper-spasmodicité diffuse.

Autres appareils : L'examen des autres appareils est normal.

On note cependant une laryngite chronique avec immobilité parétique de l'hémilarynx gauche.

Examens de laboratoire : Les réactions sérologiques dans le sang pour la syphilis et la tuberculose ont donné des résultats négatifs.

Le liquide céphalo-rachidien est normal à l'examen cytologique, bactériologique, chimique et biologique.

Examen radiologique des pieds (D^r Savès). — Pied droit : décalcification légère d'ensemble des extrémités des os de l'avant-pied. Nécrose osseuse para-articulaire des segments osseux de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil.

Elargissement et allongement légers du premier métatarsien. Poussées de périostose de la partie interne de l'épiphyse proximale de ce métatarsien et de la partie voisine du cuboïde.

Pied gauche : Très légère décalcification d'ensemble des os de l'avant-pied surtout des épiphyses.

Fortes poussées de périostose des segments para-articulaires de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil avec forte décalcification de ces segments.

Subluxation probablement par suite de nécroses partielles de l'épiphyse distale de la première phalange, de l'articulation phalango-phalangienne du deuxième orteil.

La recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal s'est montrée négative.

CONSIDÉRATION SUR LES OBSERVATIONS

I. — Histoire clinique.

Nous considérons surtout les trois derniers cas que nous venons de rapporter qui sont des cas de lèpre mixte neuro-cutanée à début cutané. Le premier malade présentait des lépromes faciaux cicatriciels un an environ après l'apparition de ceux-ci.

La discussion du diagnostic dans les trois cas se limitait à envisager la lèpre, la maladie de Morvan et la syringomyélie.

Dans les trois cas, mais particulièrement dans le premier, les signes cutanés semblent emporter le diagnostic de lèpre. Les atrophies musculaires, les maux perforants pourraient faire penser à la syringomyélie.

Dans le second cas, la présence de névromes cubitaux et l'examen anatomo-pathologique paraissent concluants en faveur de la maladie de Hansen.

Dans la maladie de Morvan, le début par les pieds est exceptionnel et dans les deux cas rapportés (Marchiafava et Bignami) il n'y en avait qu'un seul

dans lequel les membres supérieurs n'étaient pas atteints.

En outre, la répartition géographique des trois cas présentés est différente de celle habituellement constatée pour la maladie de Morvan.

Morvan avait décrit tous ses cas dans la zone limitée où il exerçait entre les deux Abers, l'Aber-Vrac'h et l'Aber Benoît.

Nos trois malades sont originaires de Plougastel-Daoulas. Néanmoins, étant donné l'étendue de cette commune ils ne se connaissaient pas et n'avaient aucune parenté. Il est habituel cependant de considérer les habitants de cette région comme présentant souvent des liens de consanguinité pour des raisons d'ordre matériel.

Mais ce qui est particulièrement intéressant, ce sont les lésions osseuses que nous avons observées.

II. — Les lésions osseuses.

Les altérations osseuses les plus fréquemment rencontrées au niveau des pieds sont, d'après Janselme :

1^o la fonte de la tête des métatarsiens avec disparition de la surface articulaire métatarso-phalangienne ;

2^o l'effilement de la diaphyse à ce niveau ;

3^o l'atrophie et l'effilement des diaphyses des premières phalanges avec disparition de la surface articulaire correspondant aux métatarsiens. Enfin,

l'effilement des phalangettes et leur atrophie progressive.

Le travail de résorption osseuse peut désorganiser le tarse et produit :

1^o le pied hansénien ;

2^o le pied tassé ou télescopé.

Ce pied tassé ou télescopé est le plus souvent unilatéral.

Dans notre observation n^o 2, il s'est révélé cependant bilatéral, et le malade a été conduit à adopter des chaussures spéciales larges et courtes. En effet, il y a élargissement et raccourcissement de l'avant-pied accompagné d'un effondrement de la voûte plantaire, par suite de la dislocation des articulations médio-tarsiennes produite par la décalcification et les fractures qui en résultent.

On constate des fractures spontanées des phalanges, des métatarsiens et du massif tarsien.

La fragilité du squelette osseux en dehors du pied a conduit chez le malade de l'observation n^o 2 à la production de fractures multiples, claviculaire et du coude, avec résorption osseuse considérable au niveau de ce dernier foyer de fracture.

CONCLUSIONS

1^o Ce travail rapporte, dans les trois derniers cas, trois observations de lèpre autochtone à forme mixte neuro-cutanée chez des sujets originaires du même village.

2^o Dans ces trois cas, contrairement à la maladie de Morvan, il y a une atteinte exclusive des pieds avec intégrité des membres supérieurs.

3^o Les lésions osseuses constatées sont caractéristiques ; elles sont particulièrement marquées dans l'observation n^o 5, avec élargissement et raccourcissement de l'avant-pied accompagné d'un effondrement de la voûte plantaire, par suite de la dislocation des articulations médio-tarsiennes produite par la décalcification et les fractures qui en résultent.

4^o Les constatations cliniques et de laboratoire éliminent le diagnostic de syringomyélie qui, avec celui de maladie de Morvan, pourrait se poser.

5^o La répartition géographique de ces trois cas récents est différente de celle habituellement constatée en Bretagne pour la maladie de Morvan (région de Lannilis).

Vu : Le Président de la thèse,
L. LOEPER.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Ch.). — Clinique médicale de l'Hôpital Beaujon, 1925.
- GOUIN. — Dermatologie et Vénéréologie. *Revue française*, juin 1933.
- FOURNIER. — De la thérapeutique antisypilitique en Dermatologie. Thèse de Paris, 1939.
- HALLOPEAU et ROY. — Sur un foyer lépreux des environs de Guingamp. *Annales de Dermatologie*, 1900.
- GAUTHIER. — Le problème de la lèpre en France. Thèse de Bordeaux, 1931.
- GOUIN. — Un cas de lèpre autochtone. Société médicale brestoise, décembre 1938.
- JEANSELME. — La lèpre. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, p. 8071.
- LAFFERRE et ROUANET. — Lèpre autochtone bretonne. Maladie de Morvan ou Syringomyélie. Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 16 juin 1939.
- LENOBLE. — Syndrome syringomyélique avec exostoses multiples ayant suppuré, polyviscentes d'origine lépreuse. Société médicale des Hôpitaux, séance du 5 mai 1911.
- LOBINEAU. — Histoire de la Bretagne.
- MARCHIAFAVA. — Sulla Mollitia Di Morvan. *Bull. della R. Accad. Med. di Roma*, 1890-1891.
- MARESTANG. — Lèpre et maladie de Morvan. *Archives de Médecine navale*, juillet 1833.

MORVAN (de Lannilis). — Travaux parus dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* de 1893 à 1894.

PLATEAU (G.-J.). — Recherches historiques et topographiques sur la lèpre en Bretagne et sur ses rapports avec le syndrome de Morvan. Thèse de Paris, mai 1904.

PROUFF (M., de Morlaix). — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 15 avril 1887 et 19 septembre 1891.

ZAMBACO-PACHA. — Les lépreux de Bretagne. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 23 août 1892, p. 309.

